ESSAI

N° 154.

SUR

LA HERNIE FÉMORALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1.er juillet 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR JEAN-JACQUES ROUSSEAU,

Chirurgien interne de première classe à l'Hôtel-Dieu.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX, *Examinateur.*
M. DUPUYTREN, *Président.*
M. MOREAU, *Examinateur.*
M. ROYER-COLLARD, *Examinateur.*
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DISSERTATION

SUR

LA HERNIE FÉMORALE.

De toutes les hernies, la fémorale, ou crurale, qui est la plus fréquente après le bubonocèle, est aussi la plus importante à étudier, tant sous le rapport des détails anatomiques qu'elle embrasse, que sous le rapport de son diagnostic et de son traitement.

Elle est généralement moins volumineuse que la hernie inguinale; et on l'observe d'autant plus rarement chez l'homme, que les viscères abdominaux s'échappent plus facilement par l'anneau suspubien, en suivant le trajet des vaisseaux spermatiques, et qu'ils ne peuvent pas franchir l'arcade crurale avec la même facilité.

Le contraire a lieu chez la femme, parce qu'il existe chez elle une disposition tout-à-fait inverse. La largeur plus considérable de son bassin, et l'étendue plus grande de l'arcade crurale; la situation et l'extrême petitesse de l'anneau suspubien qui ne donne passage qu'au ligament rond de la matrice, et qui est situé plus bas et plus près du pubis que chez l'homme; l'insertion plus étroite enfin de l'arcade fémorale à l'épine et à la crête du pubis : telles sont les causes, au moins probables, de cette différence frappante.

Pour éviter, autant qu'il me sera possible, des répétitions toujours

fastidieuses, je diviserai mon sujet en trois chapitres principaux. Dans le premier je ferai l'exposition des parties à travers lesquelles se forment les hernies fémorales. Le second comprendra l'examen anatomique de la hernie, la description de ses enveloppes et l'étude de ses rapports avec les organes voisins. Dans le troisième je m'occuperai des causes, des signes et du traitement de cette maladie.

Des parties à travers lesquelles se forment les Hernies fémorales.

L'os des îles présente, à la partie antérieure de sa grande circonférence, une large et profonde excavation, oblique d'arrière en avant, en bas et en dedans, et qui a deux extrémités, dont l'une postérieure externe et supérieure est bornée par l'épine iliaque antérieure et supérieure, tandis que l'autre, qui est interne antérieure et inférieure, répond à l'épine pubienne. L'aponévrose du muscle grand oblique s'étend de la première à la seconde de ces deux saillies osseuses. Elle convertit en un trou de forme triangulaire la vaste échancrure qui les sépare, et qui prend alors le nom d'*arcade fémorale*. Celle-ci livre passage à des muscles et à des vaisseaux importans. L'espace qui se trouve entre les deux points d'attache de cette arcade est un peu plus grand chez la femme que chez l'homme.

L'échancrure large et profonde de l'os innominé a quatre pouces et demi d'étendue, et se divise elle-même en plusieurs excavations. La première est externe, et se trouve entre les deux épines antérieures de l'os. La seconde est située entre l'épine antérieure et inférieure de l'ilium et l'éminence ilio-pectinée. La troisième, ou interne, formée par une surface lisse, presque horizontale, très-légèrement concave et triangulaire, est étroite en dedans, où elle se termine à l'épine pubienne, et est plus large en dehors, où elle finit à l'éminence ilio-pectinée, qui représente sa base. Un bord saillant, qui part du trou souspubien et de la cavité cotyloïde pour se diriger vers l'épine du pubis, borne en avant cette surface, qui en arrière est circonscrite par la crête pubienne et par le détroit supérieur du bassin. Le muscle pectiné la recouvre dans toute son étendue, et la sépare des vaisseaux

cruraux. Enfin entre l'épine et l'angle du pubis l'on remarque un bord rugueux, dont la longueur est environ d'un pouce. Il forme la base du triangle que figure l'orifice inférieur du canal inguinal, et il est en rapport chez l'homme avec le cordon des vaisseaux spermatiques, tandis que chez la femme c'est le ligament rond de la matrice qui passe sur lui.

L'arcade fémorale ne s'attache pas seulement à l'épine du pubis, par cette forte aponévrose qui est presque ronde, et a l'apparence d'une corde tendineuse, laquelle forme le pilier externe ou inférieur de l'anneau suspubien. Elle s'attache encore à la crête entière du même os par une lame fibreuse et triangulaire qui se détache de sa partie postérieure et interne, et que l'on désigne sous le nom de *ligament de Gimbernat*. Le bord antérieur de cette expansion aponévrotique est légèrement supérieur, et s'unit à l'arcade crurale; son bord postérieur et inférieur, qui s'attache à toute l'étendue de la crête du pubis, est situé un peu plus profondément que le premier. Sa base, mince et un peu concave, est tournée en dehors du côté des vaisseaux cruraux; et c'est à l'épine même du pubis que se termine le sommet de ce ligament triangulaire, qui a pour principal usage de remplir un espace de même forme, lequel se trouve entre le pubis et la partie interne de l'arcade fémorale.

Gimbernat a donné le premier une description exacte de cette petite aponévrose, qui porte maintenant son nom, et qui est digne de fixer l'attention. Mais on a beaucoup exagéré son importance, surtout quand on a prétendu qu'elle était moins forte chez la femme que chez l'homme, et que l'on s'est hâté de conclure que c'est à cette disposition qu'il faut attribuer la rareté des hernies fémorales chez celui-ci, et leur fréquence dans l'autre sexe. L'expérience n'ayant pas confirmé ce fait, l'explication que l'on voulait en tirer est tombée d'elle-même. En effet, chez beaucoup de femmes on a trouvé le *ligament de Gimbernat* plus fort que chez un certain nombre d'hommes. Cette expansion aponévrotique ne peut pas être considérée comme une partie distincte de l'arcade fémorale; car elle est formée par l'extrémité interne de celle-

ci, qui, en s'approchant du pubis, devient tout à coup plus large, et se fixe par cette extrémité interne, ainsi élargie, à l'épine et à toute la crête du pubis. M. *J. Cloquet* a trouvé que ce ligament était composé, un peu au-dessus de son insertion au pubis, de deux lames distinctes, dont l'une, postérieure et profonde, se continue avec une aponévrose nommée *fascia transversalis* et le tendon du muscle droit de l'abdomen; et l'autre, antérieure et superficielle, se confond avec le pilier inférieur de l'anneau inguinal.

L'arcade fémorale représente assez bien en avant une ligne droite étendue de l'ilium au pubis, tandis qu'en arrière elle offre une courbure évidente, produite par l'expansion aponévrotique dont je viens de parler. Des organes, dont le nombre égale l'importance, occupent l'espace qui se trouve entre le ligament de *Fallope*, et la grande excavation de l'os des iles. Les muscles psoas et iliaque réunis passent du bassin à la cuisse entre l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles et l'éminence ilio-pectinée; un peu plus en dedans se trouvent les vaisseaux fémoraux placés sur cette échancrure superficielle de la partie supérieure du pubis. L'artère fémorale est en rapport par sa partie interne avec la veine du même nom, laquelle est située à côté du ligament de *Gimbernat* (bord mince de l'arcade crurale.) Je me contente de remarquer ici que le petit espace qui se trouve entre cette dernière partie et la veine fémorale est d'une importance toute particulière, parce que c'est lui qui livre passage aux viscères dans la hernie crurale.

L'ouverture triangulaire que forme en partie l'aponévrose du grand oblique, en se portant de l'une à l'autre des deux éminences qui lui donnent attache, est principalement remplie par les organes qui se portent de l'abdomen à la cuisse. Mais cette disposition serait loin de suffire. Les viscères abdominaux se déplaceraient trop facilement, ce qui n'a pas lieu parce qu'il existe certains feuillets aponévrotiques très-propres à s'opposer à ce grave inconvénient. Ils résistent efficacement à la formation des hernies, en tendant avec force l'arcade crurale, en l'empêchant par là de quitter les parties qu'elle recouvre

et en formant au-dessous d'elle certains replis qui sont très-utiles. Ces aponévroses sont au nombre de trois.

1.° La première est fournie le plus souvent par le bord externe du tendon du petit psoas. Après s'être attachée en dehors à la lèvre interne de la crête iliaque, elle se dirige en bas vers le pubis, et elle se termine d'une part en s'attachant derrière l'arcade crurale, et en se continuant avec une autre aponévrose nommée *fascia transversalis*; et de l'autre en franchissant la même ouverture pour se porter à la cuisse, et y couvrir les muscles psoas et iliaque.

M. *Cooper* a désigné, sous le nom de *fascia iliaca*, et M. *J. Cloquet* a nommé *pelvienne* une aponévrose assez large, qui naît de la partie interne du tendon du muscle petit psoas, quand ce dernier muscle existe. Elle prend naissance en arrière et un peu en dedans de la précédente, s'attache d'abord au détroit supérieur du bassin, et se continue en avant et au niveau du pubis avec cette lame du *fascia lata*, qui recouvre le muscle pectiné. Elle est beaucoup plus forte en cet endroit qu'en arrière, dans la région du sacrum, où elle a une apparence comme celluleuse. Elle forme entre le pubis et l'arcade crurale un angle rentrant qui borne en dehors l'anneau crural, lequel répond en dedans au ligament de *Gimbernat*.

3.° L'aponévrose *fascia-lata*, dont les précédentes ne sont au vrai que les points d'origine, est de la plus grande importance par la manière dont elle se comporte pour former le canal crural: l'on trouve une description très-exacte de ce dernier dans les recherches sur les hernies de l'abdomen par M. *J. Cloquet*. L'aponévrose dont il s'agit se divise à la partie supérieure et antérieure de la cuisse en deux parties distinctes; l'une d'elles est superficielle, et l'autre située plus profondément. La première s'attache à l'arcade fémorale jusqu'à la partie interne des vaisseaux cruraux, où elle se replie, au-dessous du ligament de *Fallope*, pour aller se continuer avec le ligament de *Gimbernat*. Elle descend ensuite au-devant de ces mêmes vaisseaux qu'elle recouvre, et est percée de plusieurs trous. L'un d'eux, plus remarquable que les autres, est placé au-dessous du ligament de *Fal-*

lope, au-devant du pectiné, et livre passage à la veine saphène. Il est en général de forme ovale, tantôt plus grand, tantôt plus petit; quelquefois situé très-près de l'arcade crurale, et d'autres fois beaucoup plus éloigné. D'ailleurs il est tout-à-fait variable sous tous les rapports.

La deuxième partie de l'aponévrose *fascia lata*, ou le feuillet profond, s'insère au bord postérieur de la surface triangulaire du pubis, que recouvre le pectiné, après s'être dirigée derrière la veine et l'artère fémorales. Ces deux lames de la même aponévrose n'ont pas la même direction. La superficielle se dirige en dedans, vers le pilier inférieur de l'anneau suspubien, et se continue évidemment avec le ligament de *Gimbernat*. Ce feuillet tire fortement en bas, et tend l'arcade crurale dans l'extension de la cuisse sur le bassin, et dans la rotation en dehors de ce membre. C'est aux dépens de ces deux lames aponévrotiques qu'est formé en grande partie le *canal crural*.

L'on désigne sous ce nom un large conduit aponévrotique qui entoure les vaisseaux cruraux, et qui se prolonge sur eux à la partie supérieure interne et antérieure de la cuisse. Il s'étend de bas en haut, depuis l'ouverture par laquelle la veine saphène s'ouvre dans la crurale jusqu'au-dessus du pubis. Sa longueur est un peu plus considérable chez l'homme que chez la femme, mais il est un peu plus large chez celle-ci. Il est très-irrégulièrement triangulaire.

Son orifice supérieur, qui a aussi cette forme, se trouve au-dessus du pubis et regarde en arrière et en haut. Cet orifice est formé en haut et en avant par l'arcade crurale, en dedans par le ligament de *Gimbernat*; il répond en arrière au bord supérieur du pubis et à l'éminence ilio-pectinée, et en dehors à cette portion de l'aponévrose pelvienne qui recouvre les muscles psoas et iliaque réunis. C'est par cette ouverture que s'échappent les viscères dans les hernies fémorales. Mais elle est assez bien fermée par une lame aponévrotique très-propre à s'opposer à ces déplacemens, et que l'on a désignée sous le nom de *septum crurale*. Ce septum naît de toute la circonférence de l'orifice supérieur du canal; il est assez épais, et il offre en avant des

fibres transversales. Enfin il est concave en haut du côté de l'abdomen, et convexe en sens opposé. La même cloison est percée de trous plus ou moins nombreux, dont un plus grand que les autres est souvent traversé par un ganglion lymphatique. L'ouverture supérieure du canal est presque toujours en rapport avec la partie inférieure de la fossette externe, et rarement avec la fossette interne du péritoine qui forme ces deux excavations dans la région inguinale.

L'orifice inférieur regarde directement en avant, c'est l'ouverture ovalaire dont j'ai parlé, et qui donne passage à la veine saphène au moment où elle s'ouvre dans la crurale.

Quant aux parois, elles sont au nombre de trois réunies par trois angles rentrans. L'antérieure, formée par le feuillet superficiel de l'aponévrose *fascia lata*, est située entre les deux ouvertures du canal crural, recouvre l'artère et la veine fémorales en leur envoyant deux petits prolongemens qui leur servent de gaîne, et se trouve recouverte par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et le *fascia superficialis*. Ce fascia est une aponévrose mince qui se confond en haut avec le tissu cellulaire des parois abdominales, couvre en descendant l'arcade fémorale, l'espace inguinal, et vient se perdre dans le tissu cellulaire souscutané de la cuisse. Cette paroi est la plus large de toutes.

La paroi externe et postérieure, formée par une portion de l'aponévrose *fascia iliaca*, est beaucoup plus étroite, et est en contact avec les vaisseaux cruraux.

La postérieure et interne est formée par le feuillet profond de l'aponévrose *fascia lata*, et se trouve couverte un peu en dehors par la veine crurale.

Des trois angles rentrans que j'ai annoncés, l'un, postérieur, qui sépare la paroi externe de l'interne, se trouve à la jonction du pectiné et des muscles psoas et iliaque; l'autre, externe, est en contact avec l'artère crurale, et sépare la paroi antérieure de l'externe et postérieure; le troisième, ou interne, n'offre rien de particulier, et est situé entre la paroi interne et l'antérieure.

Il est évident que, des deux ouvertures du canal crural, l'une regarde

en haut et en arrière, c'est la supérieure; et que l'inférieure est tournée directement en avant. Toute la partie du même canal, qui est située entre ces deux orifices, a une direction verticale. Il est nécessaire de bien connaître toutes ces petites dispositions anatomiques pour s'expliquer le mode de formation de la hernie fémorale, et surtout pour opérer la réduction des parties déplacées.

L'arcade crurale, qui est assez compliquée par elle-même, l'est encore plus quand on envisage les rapports importans qu'ont avec elle un certain nombre de vaisseaux.

L'artère épigastrique naît de la partie interne de la fémorale au moment où cette dernière franchit l'arcade; se porte en bas et en dedans; décrit plusieurs flexuosités; passe derrière l'angle externe de l'anneau crural; embrasse le cordon des vaisseaux spermatiques, dont elle croise la direction pour se porter à son côté interne, et se dirige obliquement vers le mucle droit de l'abdomen. Mais cette artère n'offre pas toujours la même disposition. Quelquefois elle naît de la fémorale par un tronc qui lui est commun avec l'obturatrice. Dans ce cas, lorsque les deux artères se séparent en dehors de l'ouverture supérieure du canal crural, l'obturatrice se trouve en dehors de cette ouverture ou n'a aucun rapport avec elle. Lorsquelles se détachent du tronc commun au-dessus d'elle, l'obturatrice descend derrière cette ouverture, et passe toujours assez près du ligament de *Gimbernat*. Enfin le tronc commun des artères épigastrique et obturatrice peut descendre jusqu'au-dessous de l'orifice supérieur du canal crural; alors le dernier de ces vaisseaux remonte par-dessus le pubis pour se diriger ensuite vers le trou souspubien. L'artère épigastrique, après s'être contournée sous le ligament de *Fallope*, se comporte comme à l'ordinaire. Cette dernière disposition est la plus rare de toutes.

Tel est l'ensemble assez compliqué que forment l'arcade crurale, les expansions aponévrotiques voisines, et les vaisseaux qui entourent ces parties. Puisqu'il n'existe aucune ligne de démarcation entre l'aponévrose *fascia lata* et la *pelvienne*, et que la première se continue évidemment avec le ligament de *Gimbernat*, il est certain que c'est

pour faciliter la description et l'intelligence de ces objets qu'on les a désignés sous des noms particuliers. Aussi serait-ce sans raison qu'on les considérerait comme des parties distinctes et isolées. Ils forment un tout propre à contenir les organes de cette région, et capable de s'opposer à la sortie continuelle des viscères par l'arcade crurale. Malgré tous les détails que comporte cette partie de mon sujet, je m'arrête ici, parce que la manière dont quelques auteurs modernes l'ont traitée ne laisse presque plus rien à désirer.

Anatomie de la Hernie fémorale.

1.° *Mécanisme de sa formation.* Il existe entre l'arcade fémorale et le pubis un endroit par lequel les viscères contenus dans l'abdomen peuvent s'échapper pour faire saillie au-dehors. Cet espace, borné en haut et en avant par le ligament de *Fallope*, en bas et en arrière par le pubis, en dehors par la veine fémorale, et en dedans par la base du ligament de *Gimbernat*, est celui dont j'ai déjà parlé sous le nom d'*anneau crural* ou d'*ouverture supérieure du canal crural.* J'ai observé également que cette partie était ordinairement en rapport avec la fossette externe, et rarement avec la fossette interne du péritoine, qui forme ces deux petits enfoncemens dans la région inguinale. C'est le plus souvent dans la première de ces deux excavations que commence à se former le sac de la hernie crurale, précisément au-dessous du point où le cordon des vaisseaux spermatiques croise la direction de l'artère épigastrique. Ce fait explique très-bien la différence qui existe entre les hernies inguinale et crurale, relativement à leurs rapports avec les parties voisines. La hernie se dirige nécessairement de haut en bas, et d'arrière en avant, pour franchir l'ouverture supérieure du canal crural. En traversant cette dernière, tantôt elle pousse devant elle et distend le *septum crurale*, tantôt elle s'engage seulement dans l'une de ses ouvertures qu'elle agrandit *Richter*, qui s'est très-peu étendu sur ces détails anatomiques, assure que la hernie fémorale n'est pas toujours placée dans le même endroit; ce qui peut être vrai pour la totalité de la tumeur, qui en effet

subit ultérieurement quelques changemens de position. Mais au moment où elle se forme, au moment où elle franchit l'anneau fémoral, elle est toujours placée en dedans des vaisseaux cruraux, et son col conserve invariablement la même situation. Après s'être engagée dans le canal crural, la hernie sort de ce dernier par l'ouverture arrondie qu'il présente tout près du ligament de *Gimbernat*. Elle sort quelquefois aussi par le trou ovalaire que franchit la veine saphène pour s'ouvrir dans la crurale, et beaucoup plus rarement par ceux de sa paroi antérieure. Aussitôt qu'elle n'est plus contenue par l'ouverture qui lui a donné passage, loin de continuer sa marche, et de descendre un peu plus bas le long de la cuisse, elle change tout à coup de direction pour se porter en avant et en dehors. Les causes de ce changement sont, les mouvemens de la cuisse, et les adhérences plus intimes des tégumens aux parties sousjacentes dans le pli de l'aine. En se portant en avant, la tumeur se trouve placée au-devant de l'arcade fémorale; et en se dirigeant en dehors sous l'empire des mêmes causes, elle prend une forme allongée, et son axe devient parallèle à la direction du ligament de *Fallope*. Il résulte de cette direction différente du col et du corps de la hernie un angle droit que représentent ces deux parties; et le fond du sac, qui se trouve dans le bubonocèle à la partie inférieure de la tumeur, est ici dirigé en avant.

La situation de la hernie fémorale, sa forme et sa direction en ont imposé aux auteurs les plus recommandables. Les uns, voyant qu'elle se dirigeait en dehors vers l'ilium, et qu'elle recouvrait alors les vaisseaux fémoraux, ont cru qu'elle pouvait s'échapper de l'abdomen au-devant de ces mêmes vaisseaux: mais il est probable qu'ils n'avaient pas fait une attention scrupuleuse à la disposition des parties, et qu'ils n'avaient pas recherché exactement la situation du collet du sac qu'ils auraient trouvé entre la veine crurale et le ligament de *Gimbernat*. Quelques autres, induits en erreur par la direction des viscères qui s'étaient portés en avant et au-dessus de l'arcade crurale, ont supposé que ces derniers avaient pu s'échapper au-dessus d'elle

par une fente des fibres, soit musculaires, soit aponévrotiques, des parois abdominales.

2.° *Des parties qui recouvrent la hernie.* Les enveloppes de la hernie crurale sont en général plus minces que celles de la hernie scrotale, parce que le muscle crémaster ne fait pas partie des tuniques de la première, et que la couche de tissu cellulaire, immédiatement extérieure au sac, n'est pas aussi dense que celle du même tissu qui environne le sac herniaire et le cordon des vaisseaux spermatiques dans le bubonocèle.

Malgré le peu d'épaisseur de ces enveloppes, on peut les diviser en plusieurs couches assez distinctes les unes des autres. Ces couches sont, 1.° la peau; 2.° le tissu cellulaire souscutané; 3.° l'aponévrose *fascia superficialis*; 4.° ce que *Cooper* appelle *fascia propria*; 5.° le tissu cellulaire qui recouvre la tunique péritonéale; 6.° enfin, le sac herniaire.

La peau ne présente rien de particulier dans cette région, si ce n'est des plis presque parallèles à la direction de l'arcade crurale. Ces plis sont plus ou moins marqués, suivant l'état d'embonpoint ou de maigreur des sujets.

Le tissu cellulaire souscutané est aussi variable ici que dans beaucoup d'autres régions du corps. Tantôt il est graisseux, et forme une couche qui peut avoir jusqu'à un ou deux pouces d'épaisseur : tantôt il est plus serré, et se trouve uni à de petits ganglions lymphatiques plus ou moins nombreux dont il est parsemé. Enfin ce même tissu, quand il a été long-temps et fortement comprimé par la pelote d'un bandage, peut devenir tout-à-fait dur, adhérent aux lames aponévrotiques sousjacentes, et même se confondre complètement avec elles.

Le *fascia superficialis*, qui forme la troisième des tuniques que j'ai indiquées, est, comme je l'ai dit, une aponévrose mince qui se perd, d'une part, dans le tissu cellulaire des parois abdominales, et de l'autre, recouvre l'arcade crurale et l'espace inguinal pour se

perdre ensuite dans le tissu cellulaire souscutané de la cuisse. Quand cette aponévrose n'existe pas, on trouve à sa place un tissu lamineux très-serré, et qui est accompagné d'un certain nombre de petits ganglions lymphatiques.

M. *Cooper* appelle *fascia propria* une membrane serrée et résistante qui, selon lui, embrasse tout le sac péritonéal jusqu'à son col. M. *Lawrence* est disposé à rapporter au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux cruraux l'origine de cette quatrième tunique, dont l'existence ne paraît pas constante. Il serait assez difficile de dire si c'est la même partie que M. *Scarpa* a désignée sous le nom d'*expansion membraneuse* du *fascia lata*, et qu'il donne pour tunique à la hernie crurale, dans le chapitre qu'il a consacré à l'examen de ses enveloppes.

La couche de tissu cellulaire qui revêt immédiatement le sac herniaire est fournie par celui qui entoure le péritoine, ainsi que par celui qui se trouve si abondamment vers l'angle interne et antérieur de l'arcade crurale, et qui accompagne les vaisseaux fémoraux au-dessous de celle-ci. Cette membrane cellulaire propre est assez souple, et peut permettre au sac de rentrer dans l'abdomen, quand la tumeur est récente et peu volumineuse; mais, quand cette dernière est plus grosse, et surtout quand elle est ancienne, la membrane dont il est question s'épaissit, devient dense, et plus ou moins analogue à l'épiploon.

Il est arrivé, rarement à la vérité, que la hernie s'étant formée pendant un violent effort, le péritoine s'est déchiré, et que les viscères ont été trouvés dépourvus de sac herniaire. On cite quelques observations de ce genre. Mais, si l'on excepte ces cas, l'on peut affirmer que la hernie fémorale est constamment renfermée dans un prolongement péritonéal qui forme sa tunique la plus profonde, et que l'on nomme *le sac*. Ce dernier offre à peu près la même épaisseur que le péritoine dans l'état sain, excepté les cas assez nombreux dans lesquels il a contracté des adhérences avec les parties voisines. Comme ces adhérences ne peuvent s'établir qu'à la suite d'une in-

flammation, il est impossible que le sac n'augmente pas d'épaisseur, soit par un véritable épaississement, soit par l'application successive de nouvelles couches à *sa surface.*

Le sac herniaire commence toujours par une partie plus étroite que l'on nomme *col*, et qui peut avoir ici plus de six lignes de longueur. Celui-ci, après avoir franchi le ligament de *Fallope*, change de direction dans le plus grand nombre des cas, pour se continuer en avant et en dehors avec le corps même du sac. Ce dernier n'a pas ici la forme cylindrique et piriforme qu'il a dans les hernies scrotales : il est presque rond, et offre aussi une direction différente. On a observé qu'il contenait une très-petite quantité de sérosité; mais il est probable que cette circonstance tient au petit volume de la tumeur et à l'étendue très-petite de sa tunique séreuse. La poche dont je m'occupe n'a pas la même épaisseur dans toutes ses parties. Souvent son col est épais, résistant, et presque cartilagineux, sans qu'elle offre autre part plus de consistance. Il n'est pas très-rare que le sac entier soit cartilagineux.

Je dois faire ici une observation qui n'a pas pu échapper à ceux qui ont fait ou vu faire un certain nombre d'opérations de hernies. Rien n'est plus varié que les enveloppes de ces tumeurs. Leur épaisseur, leur consistance, leur aspect enfin, ne sont jamais ou presque jamais les mêmes. Il en résulte des difficultés très-grandes quand on les incise pour découvrir les parties déplacées.

Parties contenues dans le sac. La hernie fémorale est généralement très-peu volumineuse. Elle ne contient alors que de petites portions d'épiploon, soit seules, soit accompagnées d'un peu d'intestin. Ce dernier s'y rencontre assez souvent seul. Parmi les intestins ceux qui se trouvent le plus souvent dans cette espèce de hernie, sont le jéjunum, l'iléon, le colon, le cœcum à droite. Quelquefois elle contient une anse plus ou moins longue de ces derniers; d'autres fois ils ne sont que pincés, c'est-à-dire que la moitié ou les deux tiers seulement de leur calibre ont franchi l'arcade fémorale. Dans ces

circonstances la tumeur est très-petite; mais dans quelques cas elle est si volumineuse, qu'on l'a vue contenir plusieurs aunes d'intestin et tomber jusqu'aux genoux. Une autre fois tout le jéjunum, l'iléon, le cœcum et le colon y étaient contenus avec une grande partie d'épiploon. Une femme de la Salpêtrière mourut âgée de quatre-vingt-deux ans dans les salles de M. le professeur *Lallement*. Elle portait depuis quarante ans une hernie crurale, dans laquelle on trouva après sa mort l'utérus, les trompes, les ovaires, une partie du vagin, de l'épiploon, et deux kystes séreux. L'artère épigastrique était en dehors de la tumeur, et les vaisseaux fémoraux à sa partie externe et postérieure. Il est très-rare que la vessie fasse hernie au-dessous du ligament de *Fallope*.

Rapports du sac herniaire avec les vaisseaux environnans. C'est au collet du sac herniaire qu'existent les rapports les plus utiles à étudier. Comme la hernie fémorale se forme au-dessous du point où le cordon des vaisseaux spermatiques ou le ligament rond de la matrice croisent la direction de l'artère épigastrique, les rapports de ces différentes parties entre elles ne sont pas ici les mêmes que dans la hernie inguinale. Aussitôt après sa naissance, l'artère épigastrique monte en décrivant une légère courbure sur le côté externe du col du sac herniaire, croise la direction du cordon spermatique ou du ligament rond à quelques lignes au-dessus de cette partie, puis s'avance obliquement en haut et en dedans vers la ligne blanche.

Quant à l'artère spermatique, dans le trajet qu'elle parcourt derrière l'arcade crurale, avant d'arriver à l'anneau suspubien, elle croise comme je l'ai déjà dit, l'artère épigastrique, et passe à la partie antérieure et interne du col du sac herniaire, accompagnée chez l'homme par le canal déférent. Chez la femme, le ligament rond de la matrice suit absolument le même trajet, et conserve avec le col de la hernie les mêmes rapports que le cordon spermatique.

Il résulte de cet exposé, 1.° qu'en haut et en avant le col du sac est en rapport avec le point où l'artère épigastrique croise le cordon

ou le ligament rond ; 2.° qu'en dehors il est peu éloigné de l'épigastrique, qui passe bientôt au-dessus de lui pour s'y comporter comme je l'ai dit; 3.° enfin l'artère épigastrique est placée au côté interne du sac. Ce n'est pas tout encore : l'artère obturatrice, qui n'a le plus souvent aucun rapport avec le col du sac herniaire, naît quelquefois de l'épigastrique, et alors elle peut se trouver en dehors, plus rarement en dessus et en dedans, ou bien en dessous du sac. Dans le reste de son étendue, la hernie fémorale est en contact, par sa partie externe et postérieure, avec les vaisseaux cruraux, qui sont souvent tout-à-fait couverts par elle.

Description de la Hernie fémorale.

Causes. La hernie fémorale est ordinairement produite par les mêmes causes prédisposantes et occasionnelles que les autres espèces de la même maladie. Tout effort violent, accompagné d'une forte action des muscles respiratoires, peut y donner lieu. C'est ce qui arrive quand l'on porte ou que l'on soulève un fardeau pesant, ou bien encore dans la course. Certaines maladies qui occasionnent les mêmes efforts produisent aussi le même résultat. En effet, combien de hernies crurales n'ont-elles pas été la suite des efforts de la toux et du vomissement, de ceux de la défécation, et de l'acte même de l'accouchement! La même chose a lieu chez les enfans, quand ils sont tourmentés par la coqueluche, ou que leurs souffrances excitent leurs cris. Il y a des causes purement prédisposantes, telles que l'étendue, la faiblesse ou le relâchement des ouvertures abdominales, et du péritoine qui les avoisine, ou bien encore des replis péritonéaux qui fixent les intestins dans la place qu'ils occupent. J'ai recueilli dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur *Dupuytren*, l'observation d'un homme qui avait plusieurs hernies, dont l'une était ombilicale, et deux autres inguinales. L'une de ces dernières le gênant beaucoup, et s'étant étranglée deux fois, il se fit appliquer sur l'anneau inguinal droit un bandage. Cette seule appli-

cation eut pour résultat la formation d'une hernie crurale volumineuse, qui survint d'elle-même, et sans qu'aucun effort l'eût précédée. Les viscères, ne pouvant plus sortir par l'anneau inguinal, s'échappèrent dans ce cas par l'arcade fémorale.

Toutes les causes que je viens d'énumérer, donnant aussi-bien lieu aux autres espèces de la même maladie, je ne m'y arrêterai pas plus long-temps. Il y a pourtant une certaine position du corps, dans laquelle, dit *Richter*, les viscères abdominaux peuvent franchir assez facilement l'arcade fémorale : c'est quand on tient les extrémités inférieures dans l'extension, tandis que l'on élève les supérieures en penchant le tronc en arrière et en retenant son haleine. Dans cette attitude, la tension des parois de l'abdomen comprime les viscères contenus dans cette cavité, et tire fortement sur l'arcade crurale.

C'est surtout sous le rapport de son diagnostic, souvent obscur et incertain, que la maladie qui m'occupe est digne de fixer l'attention; car les erreurs que l'on commet à cet égard sont quelquefois nuisibles aux malades, et le sont toujours à ceux qui en sont les auteurs.

Indépendamment des symptômes généraux qui indiquent les déplacemens des viscères abdominaux, la hernie fémorale s'annonce par l'existence d'une tumeur en général peu volumineuse, située vers la partie interne du pli de la cuisse. Quand elle est parvenue à un certain degré de développement, elle présente quelques symptômes qui lui sont particuliers. La pression qu'elle exerce sur les nerfs, sur les vaisseaux veineux et lymphatiques, peut produire de l'engourdissement, une sorte de pesanteur ou d'insensibilité dans le membre, ou donner lieu à une tumeur œdémateuse dans la même partie. *Richter* assure que ces accidens se développent plus fréquemment dans les cas de hernies épiploïques, parce que l'épiploon, en devenant plus dur, devient aussi plus propre à les produire.

Chez l'homme, il est très-facile de ne pas confondre la hernie crurale avec la hernie inguinale. Quand la première est récente, son col est situé si profondément, qu'il est impossible de le sentir, même

chez les personnes très-maigres; et l'on ne peut pas distinguer le plus souvent le rebord tendineux ou aponévrotique au-dessous duquel le viscère s'est échappé de l'abdomen. La hernie inguinale est toujours au-dessus et en dedans du pli de l'aine. Son col, et l'orifice de l'anneau qui l'embrasse, sont accessibles au toucher.

Quand la hernie crurale est ancienne et volumineuse, son col est toujours situé profondément; mais la totalité de la tumeur prend une forme arrondie, se dirige en avant et un peu en dehors. Son axe est parallèle à la direction de l'arcade crurale.

M. le professeur *Marjolin* a pratiqué une opération de hernie étranglée avant laquelle il fut impossible de reconnaître si la tumeur était réellement inguinale ou crurale. Le sujet de cette observation était un ivrogne d'un embonpoint excessif, et âgé de soixante ans. Il portait dans l'un des côtés du scrotum une hernie volumineuse qui s'étrangla. Au moment de l'opération l'on s'aperçut que le malade avait à l'aine des cicatrices nombreuses et très-adhérentes, et que la tumeur semblait se diriger vers l'arcade crurale pour rentrer dans l'abdomen. Cette circonstance fit soupçonner que c'était une hernie fémorale. L'incision fut dirigée en conséquence; et quand le sac fut ouvert, l'on vit clairement que la tumeur avait franchi l'arcade crurale, et qu'elle s'était dirigée ensuite vers le scrotum, probablement à cause de la résistance que les cicatrices de l'aine avaient opposée à son accroissement. L'autopsie confirma tous ces faits.

Chez la femme l'absence du cordon des vaisseaux spermatiques, et la situation de l'anneau plus près de l'arcade crurale, peuvent quelquefois en imposer : c'est pourquoi il faut avoir égard à ces deux dernières circonstances. Pour éviter de commettre quelque erreur de diagnostic, l'on indique, comme guides infaillibles, les rapports du col de la tumeur avec l'arcade crurale et le pubis. Mais comment distinguer ces parties chez les personnes douées d'un embonpoint excessif?

Il est arrivé assez souvent qu'un ganglion lymphatique de l'aine, engorgé ou tombé en suppuration, et qu'un abcès situé au ni-

veau de l'arcade fémorale, en ont imposé pour une hernie. Le cas peut devenir plus embarrassant encore, si ces maladies existent ensemble.

Il y a des observations assez nombreuses qui prouvent que l'on a pris des engorgemens glanduleux pour des hernies crurales épiploïques; et plus d'une fois on a appliqué la potasse caustique et pratiqué des incisions sur ces dernières, que l'on regardait comme des abcès.

Il existe pourtant quelques signes qui peuvent nous aider dans la distinction de ces cas. La formation subite de la hernie comparée à la lenteur avec laquelle l'engorgement glanduleux se manifeste et augmente de volume ; l'apparition de la première dans quelques circonstances frappantes; tandis que le bubon survient sans aucune cause de la même espèce; tels sont les symptômes, quelquefois insuffisans, sur lesquels on est forcé de baser son diagnostic. Les difficultés sont plus grandes encore dans certains cas d'étranglement. C'est alors que l'on est exposé plus que jamais à pratiquer des opérations inutiles. Presque tous les praticiens ont commis des erreurs de ce genre. Je suppose en effet qu'un homme ait eu une hernie, et que cette dernière soit rentrée depuis un temps plus ou moins long. Si le même individu est pris tout à coup de nausées, de vomissemens, de constipation, et de douleurs abdominales, et que vous trouviez au-devant de son arcade crurale une tumeur dure et arrondie, vous vous déciderez à pratiquer l'opération. Vous pourrez alors ne trouver qu'un ganglion lymphatique, et le malade, au lieu d'une hernie étranglée, peut avoir une péritonite ou un étranglement interne. Ces erreurs sont d'autant plus inévitables, qu'il est très-rare que les malades donnent des renseignemens précis sur les circonstances de leurs maladies.

Une règle de conduite avouée par les meilleurs chirurgiens prescrit de pratiquer l'opération, même au risque de ne pas trouver de hernie, toutes les fois que les malades sont en proie à des accidens qui indiquent la présence d'un étranglement. L'opération, par elle-

même ne peut avoir pour eux aucun inconvénient grave, quand ils n'ont pas de hernie, et s'ils en sont réellement affectés, elle peut les arracher à une mort certaine.

Il y a des abcès par congestion qui franchissent l'anneau crural, et simulent des hernies; mais il est rare qu'ils ne soient pas précédés ou accompagnés de quelques symptômes capables d'indiquer leur nature.

Jean-Louis Petit cite l'observation d'une servante de Courtrai, à laquelle un charlatan appliqua un mauvais bandage, en lui disant qu'elle avait une hernie crurale. Cette application lui causa beaucoup de douleurs. *Petit*, qui fut consulté, reconnut que la prétendue hernie n'était qu'une dilatation considérable de la veine saphène auprès de sa terminaison dans la crurale. Il est arrivé aussi que l'on a pris un anévrisme de l'artère fémorale pour une hernie. La même erreur a été commise relativement à des kystes séreux; et à des amas d'hydatides et de graisse qui occupaient l'espace inguinal.

La hernie fémorale peut être accompagnée d'accidens plus ou moins graves. Mais quelque terribles que soient ces derniers, l'art a presque toujours à sa disposition, et pour les combattre, des moyens dont l'efficacité ne peut pas être révoquée en doute.

Ces accidens agissent presque toujours en rendant la tumeur irréductible. Les froissemens que souffre continuellement celle-ci dans les nombreux mouvemens de la cuisse la disposent à contracter des adhérences partielles ou complètes, lesquelles s'établissent entre les viscères, ou bien entre ceux ci et le sac, et s'opposent, dans un grand nombre de cas, au replacement des parties dans la cavité abdominale. Ces adhérences peuvent avoir lieu au collet du sac seulement, ou dans toute l'étendue de sa surface. La hernie est encore irréductible, quand les viscères qu'elle contient sont en trop grand nombre ou trop volumineux, lorsqu'il y a dans le sac des fausses membranes qui le traversent en plusieurs sens, et enchaînent ainsi les parties qu'il contient,

ou bien quand ces dernières s'unissent étroitement entre elles et avec leur tunique péritonéale.

Parmi toutes les causes d'irréductibilité, la plus grave est l'etranglement, qui s'annonce par la sensibilité plus ou moins vive qui se développe dans la tumeur, et surtout par les troubles qu'il occasionne dans l'excrétion et dans la marche des matières fécales. Il est sans contredit plus fréquent, plus grave, et plus promptement suivi de gangrène dans la hernie fémorale que dans les autres espèces de la même maladie. Ce fait s'explique assez bien par la direction en Z du canal qui lui donne issue, et par la consistance fibreuse de ses parois : c'est l'étranglement aigu ou inflammatoire qui complique le plus souvent cette maladie ; car la hernie crurale, qui est moins volumineuse que les autres, doit être aussi moins sujette aux étranglemens chroniques, ou qui ont lieu, comme l'on dit, par engouement.

L'accident dont je parle peut être produit par les parties à travers lesquelles la hernie fémorale se fait, par celles qui sont contenues dans le sac, et par le sac herniaire lui-même.

Dans le premier cas, il a lieu très-souvent à l'orifice supérieur du canal crural, où il est formé par le bord mince de l'arcade, qui appartient au ligament de *Gimbernat*. Il peut encore avoir lieu dans l'intérieur du même canal, dont l'ouverture inférieure occasionne quelquefois cet accident.

Dans le second, il est produit par les adhérences et les brides dont j'ai déjà parlé; par l'invagination, l'entrecroisement des instestins dans l'intérieur du sac, et par la présence de corps étrangers dans leur cavité.

Dans le troisième cas enfin, le sac herniaire peut se rompre ; et cette déchirure, en livrant passage aux viscères, les comprime, et détermine l'étranglement de cette manière. Celui-ci peut encore être produit par le collet du sac ou par le tissu cellulaire qui avoisine ce col, et qui s'endurcit quelquefois assez pour le rétrécir. L'étranglement qui se fait de cette manière doit, quand le chirurgien a lieu de

le soupçonner, le rendre très-réservé dans les efforts qu'il fait pour réduire la tumeur. En effet, il est exposé à faire rentrer celle-ci avec l'étranglement et en masse; ce qui augmente beaucoup les difficultés, et peut même les rendre insurmontables.

Cet accident arriva l'année dernière à un malade de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur *Dupuytren* lui pratiqua la herniotomie, et l'arracha ainsi à une mort certaine. Je citerai cette observation, parce que le malade, ayant séjourné daus la salle des opérés, où je faisais alors le service en qualité d'*interne*, j'ai pu observer et recueillir toutes les circonstances de sa maladie.

(Clinique de M. *Dupuytren*). Paul-Michel, âgé de cinquante-cinq ans, couverturier, entra à l'Hôtel-Dieu, le 5 décembre 1818, portant à l'aine gauche une hernie crurale, qu'il disait étranglée depuis trois jours.

Il nous dit que vingt-huit ans auparavant, et à la suite de violens efforts, il vit paraître à la région inguinale gauche une petite tumeur grosse comme une noix, de forme arrondie, molle et élastique, sans changement de couleur à la peau, et rentrant facilement par la pression et par une position horizontale, augmentant au contraire de volume lorsqu'il se tenait debout ou fesait quelques efforts. Cette tumeur, qui n'avait jamais été contenue, n'avait encore donné lieu qu'à de légères coliques, lorsque trois jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, et sans qu'il eût fait aucun effort, il sentit sa hernie s'échapper plus volumineuse, plus dure, et plus tendue que de coutume. Ce fut en vain qu'il employa tous les moyens imaginables pour la faire rentrer. Une heure après il eut des hoquets, des nausées, et des vomissemens de matières verdâtres. Plus tard, voyant que ces accidens, loin de diminuer, allaient au contraire en augmentant, il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où il arriva le 5 décembre dans l'état suivant :

A la partie supérieure de l'aine gauche, et au devant de l'arcade fémorale, existait une tumeur arrondie, bosselée, dure, douloureuse à la moindre pression, et sans changement de couleur à la peau.

Le ventre était dur, tendu et douloureux. Indépendamment des hoquets, des nausées, et des vomissemens, qui n'avaient pas cessé depuis trois jours, indépendamment de la suppression complète des évacuations alvines, la peau était chaude, le pouls petit, serré et fréquent. Aussitôt que l'on palpait l'abdomen, de vives coliques se faisaient sentir; les parois de cette cavité se contractaient fortement, et l'on voyait très-bien les circonvolutions intestinales faire saillie au-dehors en les soulevant.

Pendant un bain d'une heure, dans lequel on plongea le malade, la hernie rentra d'elle-même et tout à coup. A la visite du soir, continuation des mêmes symptômes, quoique la tumeur fût rentrée. (saignée copieuse, application de cataplasmes sur la région inguinale, lavement.)

Le 6 décembre, quatre jours depuis l'étranglement. Le malade éprouvait de temps en temps des coliques qui duraient un quart d'heure, et cessaient pour revenir ensuite. Pendant ces coliques, les parois abdominales se contractaient, et les circonvolutions intestinales se dessinaient au travers d'elles. Du reste, nausées et hoquets; pas de vomissemens ni d'évacuations alvines. Le soir, même état (deuxième saignée).

Le 7, cinquième jour depuis l'étranglement: coliques très-vives, nausées, rapports, hoquets, vomissemens devenus plus fréquens; pas de selles, ni d'émission de gaz par l'anus. Abdomen peu tendu et peu douloureux dans les intervalles des coliques. M. *Dupuytren* nous répéta alors ce qu'il avait dit la veille, et affirma que la hernie était rentrée en masse, entraînant avec elle l'étranglement qui existait au col du sac. Quoique les parois de l'abdomen fussent très-minces, aucune tumeur ne se faisait sentir dans cette cavité, et toutes les tentatives pour faire reparaître la hernie étaient inutiles. Les vomissemens offraient de larges plaques comme graisseuses, produites par les alimens qui s'y trouvaient mêlés; le reste des matières vomies était formé par un liquide d'un jaune doré avec odeur de matières fécales.

Le 8 décembre, sixième jour de l'étranglement: hoquets, vomis-

semens, coliques, peau brûlante, pouls petit et fréquent, parfois irrégulier (bain). Pendant la durée de ce dernier, excrétion par l'anus d'une petite quantité de matières grisâtres que contenait le bout inférieur de l'intestin, au-dessous de l'étranglement interne. Les mêmes symptômes continuèrent les jours suivans, pendant lesquels M. *Dupuytren* ne cessait d'engager le malade à se décider à l'opération. Celui-ci, après s'y être refusé obstinément, finit par y consentir le 14 décembre, après que les symptômes eurent augmenté d'intensité, et qu'il eut vomi des matières fécales. Douze jours s'étaient écoulés depuis le moment de l'étranglement. M. *Dupuytren* procéda à l'opération de la manière suivante.

Il fit au-devant de l'arcade fémorale une incision de deux pouces, et demi, qui divisa la peau, le tissu cellulaire souscutané, et le *fascia superficialis*, et mit à découvert l'ouverture de la veine saphène. Après avoir incisé le feuillet superficiel de l'aponévrose *fascia lata*, il introduisit son doigt indicateur sous l'arcade crurale, et sentit à deux pouces de profondeur un corps dur et élastique, que le malade affirma aussitôt être la hernie. Des paquets de tissu cellulaire se présentèrent. Persuadé qu'ils devaient adhérer au sac, M. *Dupuytren* les saisit; et en même temps qu'il les attirait au-dehors, tandis qu'un aide tenait écartées les deux lèvres de la plaie, il recommanda au malade de tousser pour favoriser la sortie de la tumeur. Il se présenta alors une tumeur inégale, bosselée, dans laquelle M. *Dupuytren* enfonça légèrement et avec précaution la pointe d'un bistouri : aussitôt un jet de liquide transparent fit voir qu'il avait pénétré dans le sac. Il agrandit l'ouverture du sac et la rendit cruciale. Chacun put voir une anse intestinale très - rouge, mais non pas gangrénée. Le sac fut encore attiré au-dehors de manière à rapprocher la partie qui était le siége de l'étranglement; lequel existait au collet du sac herniaire. Ce point ayant été très-bien senti, le débridement fut pratiqué en haut et en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, convexe sur le tranchant. L'intestin adhérait faiblement au sac; il n'était pas gangréné, et fut aisément réduit. Linge fin, troué, et enduit de

cérat appliqué sur la plaie, par-dessus charpie fine, compresses, grande bande appliquée en spica, tel fut le pansement.

A peine eûmes-nous quitté le malade, qu'il eut une évacuation alvine très-abondante, laquelle fut suivie de deux autres aussi copieuses dans le courant de la journée.

Le lendemain de l'opération, tous les symptômes de l'étranglement avaient disparu, et l'état du malade continua depuis à être toujours très-satisfaisant.

Le premier appareil fut levé quatre jours après l'opération. La suppuration était alors très-bien établie, et la plaie se trouva tout-à-fait cicatrisée le vingt-cinquième jour.

Je ne dois pas m'arrêter plus long-temps sur ce point, quoique l'étranglement soit une des parties les plus intéressantes de la chirurgie. Je me borne à faire mention de ce qui se rapporte directement à mon sujet. Toutes ces considérations anatomiques et pathologiques sont surtout utiles par les lumières qu'elles répandent sur le traitement de la hernie crurale.

Traitement.

Tantôt la hernie fémorale existe sans aucune complication, tantôt elle est accompagnée d'accidens plus ou moins nombreux : de là la division bien naturelle de son traitement en deux parties distinctes.

Dans le premier cas, le seul but que l'on se propose est de faire rentrer les parties déplacées dans la cavité abdominale ; de s'opposer à ce qu'elles s'échappent de nouveau, et d'obtenir, s'il est possible, une guérison radicale de la maladie.

Souvent les hernies fémorales sont, comme les autres, assez facilement réductibles pour que ceux qui en sont affectés les fassent rentrer eux-mêmes, et sans avoir besoin de réclamer les secours de la chirurgie. Quand la tumeur est réduite, soit par le malade, soit par un homme de l'art, il ne reste plus au premier qu'à se faire appliquer un bandage convenable. Il est d'observation que par ce der-

nier moyen on guérit moins souvent les hernies crurales que le bubonocèle. Cette différence dépend de ce que les bords de l'anneau crural sont, à cause de leur organisation, moins disposés à se resserrer, et de ce qu'ils sont moins susceptibles de se rapprocher par une pression extérieure. Tant que les hernies ne sont pas plus compliquées, voilà à peu près à quoi se bornent les fonctions du chirurgien et les secours de l'art. Les premières sont, il faut en convenir, assez faciles, dans ces circonstances, pour que bien des gens sans mission pénètrent par cette issue dans le sanctuaire de la médecine.

Parmi tous les accidens de la hernie l'étranglement est sans contredit le plus promptement dangereux; c'est aussi pour le combattre que l'art possède les ressources les plus promptes et les plus efficaces.

Elles consistent dans l'emploi de quelques moyens généraux, et de quelques applications locales propres au moins à favoriser la réduction des parties; elles consistent dans l'opération du taxis, qui présente ses difficultés, et pour lesquelles sont nécessaires les connaissances les plus positives relativement aux parties sur lesquelles on agit. Enfin, quand tous les moyens deviennent insuffisans, il en est un qui n'échoue que très-rarement, lorsque l'on n'y a pas recours trop tard : c'est la herniotomie.

Pour peu que le taxis présente quelques difficultés, il est toujours bon, pour favoriser cette opération, d'avoir recours à l'emploi de quelques moyens généraux et aux applications locales dont j'ai parlé. Ici se représente, pour l'emploi de ces moyens, la distinction déjà établie de l'étranglement en *étranglement aigu* ou *inflammatoire*, et en *étranglement chronique* ou par *engouement*.

Dans le premier, les bains tièdes, des applications émollientes sur la tumeur, quelques applications de sangsues sur cette dernière ou à l'anus, une ou deux saignées générales, si le sujet est jeune et pléthorique, ne peuvent que favoriser, sinon déterminer la cessation des accidens.

Quand, au contraire, l'étranglement est chronique, et qu'il a lieu, comme on dit, par engouement, l'on peut, suivant les cas parti-

culiers, et surtout suivant la constitution des malades, tirer un grand avantage des lavemens purgatifs, que l'on peut rendre plus irritans; de l'emploi des potions minoratives, et surtout des applications locales d'eau froide ou de quelques mélanges réfrigérans.

Avant de procéder au taxis, il faut se rappeler que cette opération réussit moins souvent dans les hernies fémorales que dans le bubonocèle; ce qui tient à la structure, et surtout à la direction et à l'étroitesse des parties à travers lesquelles la première se forme. C'est pourquoi il faut y mettre beaucoup de ménagement et peu d'opiniâtreté.

Pour faire rentrer les viscères dans l'abdomen, il convient de mettre l'arcade crurale et ses annexes dans le relâchement le plus complet, et de faire parcourir à ces viscères, mais en sens inverse, le même chemin qu'ils ont déjà parcouru en se portant au-dehors.

Le malade se couchera sur le dos et un peu sur le côté du corps opposé à la hernie, fléchira la tête sur la poitrine, et celle-ci sur le bassin, ploiera les cuisses de manière qu'elles forment un angle presque droit avec le bassin; il aura de plus le soin de porter en dedans le genou du côté malade. Toutes ces dispositions ont pour but de relâcher, comme je l'ai dit, l'arcade crurale. Alors le chirurgien comprimera largement et de haut en bas la tumeur, pour la faire descendre de la place qu'elle occupe au-dessus et au-devant de l'arcade fémorale. Après l'avoir ainsi abaissée, il la poussera d'avant en arrière pour la faire rentrer dans le canal crural, lui fera suivre le trajet de ce canal de bas en haut, et un peu de dedans en dehors, dans la direction des vaisseaux cruraux; il achèvera enfin de replacer les parties dans le ventre, en les poussant en arrière et un peu en haut. Il faut avoir soin de comprimer la hernie par une surface large, et non avec l'extrémité des doigts qui excitent de la douleur. Il convient également de graduer la compression, et de la continuer assez long-temps, sans toutefois exercer aucun effort violent sur la tumeur.

Malgré toutes les précautions que le chirurgien peut prendre, et

toute l'habileté dont il peut être pourvu, il ne réussit pas toujours dans les efforts qu'il fait pour réduire la tumeur. Il arrive souvent alors que la nature reste impuissante pour mettre un terme aux accidens qui se sont développés, et l'art est forcé de venir à son secours.

Il est presque impossible, et tous les auteurs en conviennent, de dire à quelle époque la continuation de l'étranglement commence à devenir dangereuse. Il est plus difficile encore de puiser à cet égard des données certaines dans l'intensité plus ou moins grande des accidens qui en résultent.

En effet, dans certains cas de hernies fémorales, la situation des malades peut devenir très-grave en douze ou vingt-quatre heures; dans quelques autres l'opération a été pratiquée avec succès au bout de quinze ou vingt jours d'accidens. Quelquefois des étranglemens, remarquables par la violence des symptômes inflammatoires dont ils étaient accompagnés, et par l'état fâcheux dans lequel ils avaient plongé le malade, n'ont eu aucune suite fâcheuse; tandis que d'autres qui se distinguaient par le peu d'intensité des accidens déterminaient dans un temps égal la gangrène des parties contenues dans le sac herniaire. Ces faits établissent l'impossibilité de calculer rigoureusement les chances de l'opération d'après la durée et la violence des symptômes. Il faut alors adopter une autre règle de conduite.

Lorsqu'un malade affecté de hernie fémorale est en proie aux accidens qui dénotent la présence d'un étranglement; lorsque le taxis, secondé par l'emploi des moyens généraux et des applications locales dont j'ai parlé, n'a pas réussi, il faut pratiquer sans aucun retard la herniotomie, ne se fût-il écoulé que douze ou vingt heures depuis le moment de l'invasion des accidens. On devra recourir à ce moyen d'autant plus promptement, que l'abdomen sera plus tendu et plus douloureux, que les vomissemens se succéderont avec plus de rapidité, et que le sujet sera plus jeune et plus vigoureux. Les souffrances plus ou moins vives de ce dernier, les froissemens que sa hernie aura éprouvés pendant les efforts du taxis sont autant de

circonstances auxquelles il faut avoir égard, dans le cas où aucun moyen antiphlogistique n'aurait été mis en usage. Il est nécessaire de prendre une détermination très-prompte, parce qu'il est reconnu que la marche des accidens est plus rapide dans cette espèce de hernie, et que l'on obtient moins souvent la réduction des viscères déplacés. Il est vrai que l'on peut obtenir quelquefois, en temporisant, la cessation de l'étranglement sans avoir besoin de recourir à l'opération; mais il faut se souvenir aussi qu'une réduction violente, ou qui a lieu en masse, est plus dangereuse que l'opération, et que cette dernière réussit presque toujours, quand on la pratique convenablement.

L'opération doit être faite encore lorsqu'il s'est écoulé beaucoup de temps depuis l'invasion des accidens, lors même que la violence de ces derniers donne lieu de croire que les parties sont gangrénées. La nature, dit-on, se suffit quelquefois à elle-même dans ces cas de gangrène, en établissant des fistules par lesquelles les matières s'écoulent au-dehors, et qui se transforment ensuite en un anus artificiel; mais il ne serait pas prudent de l'abandonner à elle-même, parce que l'étranglement pourrait persister, même après le sphacèle de la tumeur et la chute des escharres. Ces dernières, en se détachant, peuvent donner lieu à un épanchement mortel de matières fécales dans l'abdomen, si la gangrène s'étend au-delà de l'étranglement. Par l'opération l'on évite la plupart de ces inconvéniens.

Pour la pratiquer l'on peut suivre deux méthodes, celle du *débridement*, et celle qui consiste à dilater les parties qui occasionnent l'étranglement. Celle-ci me paraît généralement abandonnée en France. N'ayant eu jusqu'ici aucune occasion de m'en faire une idée pratique bien exacte, je n'examinerai pas si elle est, comme on l'a prétendu, dangereuse dans un certain nombre de cas, inutile dans les uns, et insuffisante dans les autres. Il faut s'être servi du crochet d'*Arnaud*, et du dilatatoire de *Leblanc*, pour apprécier les inconvéniens attachés à leur usage.

La méthode du débridement consiste à diviser les enveloppes

de la tumeur, pour découvrir les parties qu'elle contient; à inciser l'ouverture qui forme l'étranglement; et à faire rentrer les parties dans la cavité de l'abdomen.

Pour mettre à découvert les viscères déplacés, il faut faire, aux dépens de la peau qui recouvre la tumeur, un pli transversal, que l'on incise de son bord libre à son bord adhérent, de manière que cette incision commence un peu au-dessus de l'anneau fémoral, et ait une étendue proportionnée au volume de la hernie. On la rendra cruciale en divisant chacune de ses lèvres, ou bien on lui donnera la forme d'un T. Elle doit être légèrement oblique de haut en bas, et de dehors en dedans. Ce procédé, qui remplit mieux que les autres le but que l'on se propose, doit leur être préféré : c'est celui que M. le professeur *Dupuytren* suit presque toujours. Après cette première incision, dont on dissèque les lambeaux, se présente le tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins dense, et après lui plusieurs couches aponévrotiques qu'il est souvent difficile de distinguer les unes des autres, et qui appartiennent au *fascia superficialis* et au *fascia propria*. Les difficultés augmentent encore par la présence d'un certain nombre de ganglions lymphatiques. Il convient de prendre les précautions les plus minutieuses dans cette dissection; car l'épaisseur des tuniques herniaires n'a rien de constant, depuis celle de quelques lignes jusqu'à un ou deux pouces. Plus on approche du sac, plus il faut redoubler de soin, parce qu'il ne contient que peu de sérosité, et que l'on pourrait léser les parties qu'il renferme. Indépendamment des différences nombreuses de consistance et d'épaisseur qu'il présente dans les divers cas, il est quelquefois si injecté, qu'on le prendrait pour un intestin enflammé : aussi faut-il souvent une grande habileté et beaucoup d'expérience pour surmonter toutes ces difficultés. Pour parvenir dans l'intérieur du sac, il faut le pincer légèrement et l'inciser très-obliquement. L'on peut aussi, quand il contient une certaine quantité de sérosité, rassembler celle-ci dans un point de son étendue, et faire dans cet endroit une petite piqûre avec beaucoup de précaution. L'on achèvera l'ouverture du sac en

lui donnant, si l'on veut, la même forme qu'à l'incision de la peau. Tel est le premier temps de l'opération, après lequel les parties déplacées se trouvent parfaitement à découvert.

Quelquefois l'incision des feuillets aponévrotiques qui recouvrent la tumeur détermine dans cette région un relâchement assez considérable pour que l'étranglement cesse tout à coup, et que la réduction se fasse aussitôt.

Quand cette détente a lieu, ce que je n'ai jamais vu, il faut certainement en profiter pour faire rentrer les viscères, en prenant toutefois les précautions prescrites à cet égard.

L'étranglement n'est pas toujours primitivement occasionné par l'orifice supérieur du canal fémoral, mais il l'est toujours consécutivement. Ainsi, quand cet accident est produit par des adhérences, une invagination des intestins, il est toujours suivi de l'inflammation et du gonflement de ces parties, pour la réduction desquelles l'ouverture supérieure du canal devient trop étroite : de là la nécessité de son débridement dans presque tous les cas.

Le collet du sac herniaire, embrassé par l'anneau crural, se trouve en rapport avec des vaisseaux importans. C'est à la présence de ces derniers que nous devons les différens procédés de débridement qui ont été imaginés uniquement dans l'intention de les éviter. Beaucoup d'auteurs, qui ont été frappés de quelques hémorrhagies mortelles déterminées par l'ouverture de ces vaisseaux dans l'incision de l'arcade fémorale, ont inspiré à leurs successeurs des craintes peut-être exagérées à cet égard. Ces craintes, qui ont été entretenues jusqu'à nos jours, commencent à se dissiper un peu, quoique tout le monde sache que les accidens dont on a parlé sont très-possibles et très-fâcheux, mais aussi qu'ils sont moins fréquens et moins inévitables qu'on ne l'a prétendu.

Pour pratiquer le débridement, M. *Dupuytren* se sert d'un bistouri boutonné, et tranchant sur sa convexité. Il introduit, quand la chose est possible, entre la bride et les parties qu'elle étrangle,

son doigt indicateur, sur lequel il glisse la lame de son bistouri boutonné, dont il se sert pour débrider l'arcade fémorale *en haut* et *en dehors* chez l'homme, et directement *en haut* chez la femme.

Cette manière de débrider me paraît être celle qui offre le moins d'inconvéniens chez l'homme. L'artère épigastrique est la seule qui puisse être atteinte par l'instrument. Mais, dans ce sens, elle est éloignée de six lignes du collet du sac. Il est très-rare que l'on soit forcé, dans les hernies fémorales, de faire une incision qui ait plus d'une ou deux lignes d'étendue. Je suppose même que cette artère se trouve sur le tranchant du bistouri : comme elle est beaucoup moins tendue et bien plus mobile que la bride aponévrotique qui forme l'étranglement, elle fuira devant l'instrument; tandis que celle-ci, qui est plus résistante, sera seule incisée. Chez la femme, il est plus convenable encore de faire l'incision directement en haut, parce que l'on n'a pas à craindre, dans ce sens, d'intéresser l'artère épigastrique; et l'on sait que chez elle la spermatique est d'un très-petit volume. Les deux modes de débridement dont je viens de parler comptent en leur faveur un grand nombre de réussites dont j'ai été témoin, et je n'ai pas connaissance d'un seul accident qu'on puisse leur reprocher.

Un autre procédé imaginé depuis long-temps par *Gimbernat*, et qui a été adopté depuis par *Lawrence* et *Scarpa*, consiste à lever l'étranglement en incisant le bord mince de l'arcade fémorale en dedans, et le plus près possible du pubis, parce que cette partie de l'arcade est la cause la plus fréquente de l'étranglement, et surtout parce que l'on évite de cette manière les artères épigastrique et obturatrice. Je conviens que ce procédé n'offre ni les avantages qu'on s'est plu à lui reconnaître, ni les nombreux défauts que ses détracteurs lui ont reprochés. Il est certainement avantageux dans certains cas, et nuisible dans quelques autres.

En s'y conformant, il est très-rare que des vaisseaux importans puissent être blessés, si ce n'est dans le cas où l'artère obturatrice

naît très-haut de l'épigastrique ; ce qui n'a presque jamais lieu. Il est d'une exécution facile quand la hernie est peu volumineuse.

Parmi tous les défauts qu'on lui a reprochés, les seuls qui me paraissent incontestables, c'est qu'il offre quelques difficultés dans certains cas de hernies crurales très-volumineuses ; et que dans une variété anatomique, extrêmement rare à la vérité, l'on peut facilement blesser l'artère souspubienne ou obturatrice.

Chez l'homme, je préfère à ce procédé le débridement oblique en dehors et en haut, dont j'ai parlé en premier lieu, parce qu'il est également applicable à toutes les circonstances, et qu'en se conduisant avec précaution, l'on ne court pas le risque de blesser l'artère suspubienne, ou épigastrique, qui est la seule que l'on pourrait à la rigueur atteindre, si elle avait contracté des adhérences avec le col du sac herniaire.

Ledran, *Desault*, et plusieurs autres chirurgiens célèbres sont d'avis que l'on débride obliquement en haut et en dedans, parce que l'on s'éloigne, dans ce sens, de l'artère épigastrique. Cette proposition est fondée ; mais aussi l'on se rapproche du cordon testiculaire. Cependant ce procédé n'offre aucun danger quand on pratique une petite incision.

Voilà un certain nombre de procédés qui comptent en leur faveur les suffrages de plusieurs chirurgiens célèbres. Je les regarde tous comme entachés de quelques défauts qui sont inévitables, parce que la nature a multiplié les obstacles et les dangers autour de l'anneau crural. Il faut avouer aussi qu'il sont tous praticables, et qu'ils peuvent être couronnés de succès quand des mains habiles les exécutent. J'ai donné la préférence à celui qui consiste à débrider obliquement en dehors et en haut, parce que je l'ai vu pratiquer un grand nombre de fois, sans qu'il se soit manifesté aucun des accidens que certains auteurs paraissent redouter en lui. Je serais également disposé à mettre les autres sur la même ligne, si je pouvais apprécier aussi bien leurs avantages.

J'aurais pu citer ici un certain nombre d'observations de hernies crurales chez l'homme recueillies dans les salles de M. *Dupuytren*, dont je me féliciterai toujours d'avoir été l'élève; mais ces observations ayant été publiées récemment par une autre personne plus heureuse que moi, je me trouve dispensé de les rapporter ici.

Le débridement une fois opéré, il ne reste plus qu'à réduire les parties, si elles sont susceptibles de réduction, et à procéder au pansement. Je ne m'arrêterai pas sur ce point, quelque intérêt qu'il mérite, parce qu'il n'offre rien de particulier au sujet qui m'occupe.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

A dolore vehementi partium circa ventrem extremarum frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 26.

III.

Ab ileo vomitus, aut singultus, aut convulsio, aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 10.

IV.

A vomitu singultus, et oculi rubri, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

V.

A dolore diuturno partium circa ventrem suppuratio, non bonum. *Ibid.*, *aph.* 21.